

Antoine Bioy
Isabelle Célestin-Lhopiteau et *al.*

AIDE-MÉMOIRE

Hypnothérapie et hypnose médicale

en 57 notions

Préface de Gaston Brosseau

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du

Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, Paris, 2014
ISBN 978-2-10-059212-8

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Préface

Gaston Brosseau¹

VOUS DÉCOUVRIREZ en feuilletant cet aide-mémoire, tout le chemin parcouru depuis plus d'un siècle par la psychothérapie en lien avec l'hypnose. Vingt-deux auteurs chevronnés ont accepté de partager leur savoir pour concocter un glossaire qui, modestement, fait le point sur la question. Vous y trouverez une source impressionnante d'informations validées au gré de leurs recherches théoriques ou cliniques vous épargnant ainsi l'épineuse tâche de consulter une multitude d'autres livres ou travaux en lien avec le propos de cet ouvrage.

Le plan de ce livre est exhaustif orientant le lecteur dans les enjeux des psychothérapies, leurs écoles de pensée, leurs contenus, leurs balises et limites, leurs nouveaux vecteurs documentés par les neurosciences sans pour autant négliger les composantes structurales, économiques et dynamiques des troubles de personnalité considérés.

J'ai répondu avec empressement à l'invitation des deux coordonnateurs de cet ouvrage consistant : Antoine Bioy et Isabelle Célestin-Lhopiteau. C'est un privilège immense de rédiger cette préface, ayant reçu d'eux un mandat sans restriction, soit d'écrire comment je conçois l'hypnothérapie qui est, dans les faits, l'amalgame de la psychothérapie et de l'hypnose. Évidemment, mon opinion n'engage que moi et aucun des auteurs de ce livre.

1. Psychologue et hypnothérapeute. Ancien chef de service de psychologie à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont de Montréal. Ancien président de la Société québécoise d'Hypnose, et co-fondateur de l'institut Milton Erickson de Montréal. Chargé d'enseignement de sensibilisation à l'hypnose clinique aux facultés de médecine des Universités de Montréal et de Sherbrooke.

Pour le profane, psychothérapie et hypnose sont deux mots qui suscitent paradoxalement la curiosité ou l'intérêt et, en même temps, un brin de méfiance. Personnellement, à titre de psychologue, je tente depuis bientôt un demi-siècle de me placer dans la peau de la personne qui ose nous joindre pour obtenir de l'aide.

Barrière psychologique que très peu d'humains oseront franchir si on se place à l'échelle planétaire. Reconnaissons que c'est une infime partie de l'humanité qui a eu accès à nos services professionnels depuis la fin du XIX^e siècle. L'Unesco avance le chiffre de cent milliards d'individus qui auraient foulé le sol depuis les temps immémoriaux. Et combien d'entre eux ont bénéficié de la psychothérapie ? Une évidence, ce n'est qu'un pourcentage infinitésimal tout au plus. Aujourd'hui, plus de sept milliards de personnes habitent notre planète bleue. Pourtant, je connais un grand nombre de thérapeutes qui souhaiteraient que leur téléphone sonne plus souvent.

Et un tel constat devrait nous ramener, nous psychothérapeutes, à ressentir une certaine humilité en lien avec notre apport à l'humanité. Pensons un instant au boulanger qui par son pain et le viticulteur qui par son vin, et cela depuis des millénaires, prodiguent aux vivants des éléments de satisfactions tangibles à leur présence sur terre.

Mais aussi, barrière psychologique que les professionnels de la santé formés aux rudiments de l'hypnothérapie ne franchiront probablement jamais. J'observe depuis plus de trois décennies qu'un nombre significatif de thérapeutes, malgré une formation adéquate, n'arrivera pas à intégrer l'hypnose à sa pratique clinique quotidienne. À mon avis, l'hypnose suppose qu'on accepte implicitement que quelque chose de soi nous soit inconnu, ce qui chez un esprit rationnel amène l'installation de résistances inconscientes qui freinent le lâcher-prise, élément déterminant et précurseur d'une hypnose efficiente. Alors, malaise ! Par contre, en psychothérapie classique, il y a peu de cet aspect flou ou insaisissable.

Faut-il le reconnaître, personne n'a pu expliquer le fonctionnement de l'hypnose. Beaucoup ont développé l'art de l'utiliser mais ça demeure toujours une énigme aux yeux de la science. Les neurosciences arrivent à isoler l'activation de certaines aires du cerveau sous hypnose mais ça n'explique pas ce qu'est vraiment l'hypnose.

Je présente un atelier d'hypnose qui s'intitule : « Bernheim, Janet, Erickson, Roustang *et al*, pardonnez-nous parce que nous ne savons pas vraiment ce que nous faisons¹. » Mon propos va ainsi. Que de choses ignorons-nous pour oser utiliser l'hypnose clinique, un outil thérapeutique qui comporte une foule de manuels d'instructions, selon les écoles de pensée, tout en ne sachant pas vraiment comment et pourquoi ça fonctionne bien souvent. Ça frôle l'hérésie pédagogique et cela expliquerait en grande partie la résistance du milieu scientifique face à l'hypnose. Imaginez, un outil quelconque en vente dans un magasin qui comporte une vingtaine de manuels d'instructions polyvalents qui s'ajustent magiquement à vos traits de personnalité zens ou autoritaires, schizoïdes ou paranoïdes, etc. Il resterait à choisir le manuel qui s'ajuste le mieux à votre profil pour vous servir de cet outil qui comporte un inconnu de taille : vous ne savez pas pourquoi ça fonctionne. L'achèteriez-vous ?

Pourtant, vous proposez à votre clientèle souffrante d'essayer telle cure d'hypnose en attente d'un résultat aléatoire. Et là, je pense à un pseudo pilote d'avion qui annoncerait aux passagers : « Bon, attachez votre ceinture, on va essayer d'atterrir ! J'ignore presque tout de ce mode de transport, mais que voulez-vous, il semble qu'il ne nous reste que très peu de carburant et à ma connaissance nous sommes dans les airs. » Peut-être que vous trouvez que j'exagère ? À peine. C'est malheureusement un constat indéniable de ce que l'on propose trop souvent, dans nos modèles d'interventions cliniques. Pour « atterrir en douceur », personnellement, je privilégie tout au plus l'activation de la conscience efficiente du sujet, c'est-à-dire uniquement ce que le sujet est instrumenté de sa propre personne pour s'en sortir, prélude à l'installation d'une certaine cohérence hypnotique puisqu'il demeure en terrain connu : *lui*. Il s'approche alors de *sa* guérison.

En conclusion : paradoxalement, le beau côté des choses, c'est que du point de vue strictement clinique, ça n'a pas vraiment d'importance de savoir ou pas comment et pourquoi l'hypnose fonctionne, pourvu que le client atteigne son objectif, qu'il aille mieux. Bernheim *et al*, pardonnez-nous. Après un tel argumentaire, plus d'un sera étonné de

1. Titre provisoire d'un prochain ouvrage.

ma conclusion. Et contrairement à ce que certains pourront penser, je ne dis pas n'importe quoi.

La preuve : vous continuez allègrement à utiliser l'hypnose clinique sans que vous en connaissiez réellement son déterminant.

Je me suis fait souvent la réflexion suivante durant ma carrière à savoir : « Pour qui je me prends, moi thérapeute, pour établir la norme du bien ou du mal à vivre des autres ? » L'omnipotence serait-elle le trait caractéristique du praticien ? Et tous ces théoriciens du comportement humain qui bousculent sans vergogne les avancées de leurs prédécesseurs à la recherche du Saint-Graal de la psychothérapie, pour qui se prennent-ils ?

Rassurez-vous, cet ouvrage dans sa facture, propose un éventail très riche de routes à parcourir pour améliorer notre qualité de vie sans pour autant imposer une ligne directrice qui se traduirait par : « En dehors de mon approche, point de salut. » Chacun y trouvera son compte modulé à sa dynamique particulière et à ses champs d'intérêt.

Revenons à la perception par le commun des mortels de la psychothérapie et de l'hypnose. J'avais qu'elle suscite la curiosité et aussi la méfiance. Un humain qui choisit dans sa vie d'écouter le mal à vivre de ses semblables, ce n'est pas rien sur le plan de l'altruisme, puis en même temps un tantinet prétentieux, au risque de déplaire à mes collègues, de s'inviter, comme cela, à faire partie de la solution. Sans oublier qu'occasionnellement on peut se demander où on avait la tête pour plonger dans une telle aventure, notre vie durant. La réponse est connue chez le thérapeute : quelque part, on doit aimer cela, carburger aux problèmes des autres.

Puis, l'hypnose, oui l'hypnose, toujours aux prises avec le folklore payant et parfois spectaculaire des hypnotiseurs de scène. Comment parvenir à se distancier d'une façon définitive de ses amuseurs publics aux yeux de la collectivité ? La partie est malheureusement loin d'être gagnée et cela aussi longtemps que nous nous prêterons à la critique par nos manquements au code de déontologie de l'utilisation de l'hypnothérapie sous prétexte que le monde en demande ou qu'il demeure fasciné par les pseudo performances de ces gourous qui sont souvent sans scrupule.

En terminant, ce clin d'œil à Coluche qui aurait probablement aimé ma définition : « Un thérapeute est un individu qui vous charge un prix pour vous amener à réduire votre prix du mal à vivre. »

Table des matières

<i>Préface</i>	III
<i>Liste des auteurs</i>	XXI
<i>Introduction</i>	1

PREMIÈRE PARTIE

CE QUE L'HISTOIRE NOUS APPREND SUR L'HYPNOTHÉRAPIE

1 Suggestibilité	4
Universalité d'un phénomène	4
<i>Évolution historique, 4 • Différences interindividuelles ?, 5 • Mesures en recherche et clinique, 6</i>	
Incidences	7
<i>Adaptation à l'âge, 7 • Adaptation à la situation, 7</i>	
Bibliographie	9
2 Un état de conscience modifiée	10
D'où vient cet état ?	10
<i>Une forme de médecine différente, 10 • Un état naturel, 11</i>	
Induction de l'état hypnotique	12
<i>Étapes, 12 • Méthodes, 13 • Lien avec la réalité, 14</i>	
Bibliographie	14

3	La relation	15
	Perspective historique	15
	<i>Le « rapport hypnotique », 15 • L'apport freudien, 16 • De Rogers à Erickson, 17</i>	
	Les dynamiques relationnelles	17
	<i>S'adapter, s'ajuster, se synchroniser, 17 • La notion de présence à l'autre, 18</i>	
	Bibliographie	20
4	Psychopathologie et <i>role playing</i>	21
	Une question lancinante	21
	<i>Charcot et l'hystérie, 21 • États psychotiques et borderline, 22</i>	
	L'hypnose, un jeu de rôles ?	23
	<i>Hypnose et théâtralisation, 23 • Role playing, 24</i>	
	Bibliographie	25
5	Psychosomatique et effet placebo	26
	Psychosomatique	26
	<i>Un concept en perpétuelle évolution, 26 • La psychosomatique en tant que méthode, 27</i>	
	Effet placebo	29
	<i>Définition, 29 • La dimension relationnelle, 30</i>	
	Bibliographie	31

 DEUXIÈME PARTIE

LES ÉCOLES EN HYPNOTHÉRAPIE

6	Hypnothérapie ericksonienne	34
	Erickson, un guérisseur	34
	<i>Vers la restauration des processus naturels, 34 • Une œuvre d'influence, 36</i>	
	Mots clefs de l'hypnothérapie ericksonienne	36
	<i>Une approche utilisationnelle..., 36 • ...vers l'imagination, 37</i>	
	Bibliographie	39
7	Hypnose classique et hypnose cognitivo-comportementale	40
	L'hypnose classique	40
	<i>« Dormez, je le veux ! » : racines, 40 • L'héritage actuel, 41</i>	

Hypnose cognitivo-comportementale	42
<i>Un développement récent, 42 • Exemple : la pratique de l'exposition, 43</i>	
Bibliographie	44
8 Hypnothérapie analytique	45
Fondements	45
<i>Repérages conceptuels, 45 • Transfert et résistances, 46 • La régression, 47</i>	
Dispositif de l'hypnothérapie analytique	48
<i>Organisation, 48 • Maniement du transfert, 48</i>	
Bibliographie	50
9 Hypnothérapie onirique	51
Le rêve éveillé dirigé de Desoille	51
<i>Robert Desoille (1890-1966), cet inconnu, 51 • Psychothérapie par la méthode du rêve éveillé dirigé telle que la concevait Robert Desoille, 53</i>	
Le rêve éveillé phénoméno-structural	55
<i>Son orientation psycho-philosophique, 55 • Sa démarche psychothérapeutique, 56</i>	
Bibliographie	57

TROISIÈME PARTIE

LES APPROCHES ET DISPOSITIFS

10 Approche intégrative	60
Psychothérapies intégratives	60
<i>De l'évaluation à l'intégration, 60 • Diverses formes d'intégration, 61 • Que signifie « intégrative » ?, 61</i>	
Hypnose intégrative	62
<i>La métaphore du chaudron, 62 • Intégration sensorielle et corporelle d'abord, 63 • Autres modalités de l'intégrativité, 64</i>	
Bibliographie	65
11 Approche centrée sur les solutions	66
Construction de l'approche centrée solution	66
<i>Utiliser, 66 • Orienter vers le futur, 67 • Différences, 67</i>	

Technique	68
<i>Construire des objectifs, 68 • Construire des solutions, 69 • Évaluer, 69</i>	
Bibliographie	70
12 Approche corporelle	71
Inductions	71
<i>Désigner le dispositif, 71 • Inductions respiratoires, 72 • Explorer les manifestations corporelles, 73</i>	
Le travail en séance	74
<i>Traces corporelles, 74 • Conversation avec le corps, 74 • Une alliance primordiale, 75</i>	
Bibliographie	75
13 Communication hypnotique	76
Le langage, support d'influence	76
<i>Palo Alto et autres influences, 76 • Hypnose conversationnelle, 77</i>	
Distraction	79
<i>Hypnose ou distraction ?, 79 • Les ruptures de cadre, 80</i>	
Bibliographie	81

QUATRIÈME PARTIE

INGRÉDIENTS DE L'HYPNOTHÉRAPIE

14 Caractéristiques générales	84
Cinq dimensions	84
<i>Une détente et une attention, 84 • Diminution du jugement et de la censure, 85 • Une modification de l'orientation temporo-spatiale, 86</i>	
<i>• Une expérience de réponse quasi-automatique, 86</i>	
Interactivité et mise en mouvement	87
<i>Le patient parle..., 87 • Une expérience globale, 88</i>	
Bibliographie	89
15 Suggestions	90
Définitions	90
<i>Acception courante, 90 • Acception thérapeutique, 91 • Mécanisme de la suggestion, 91</i>	

Historique	91
<i>Différents auteurs, 91 • Méthode Coué, 92 • École de Nancy, 92</i>	
Suggestion et hypnothérapie	92
<i>Processus de la suggestion dans le travail en hypnose, 92 • Différentes formes de suggestion en hypnothérapie, 94</i>	
Bibliographie	95
16 Analogies et métaphores	96
Créer, innover	96
<i>Définition, 96 • Les images métaphoriques, 98</i>	
Empathie et intuition	99
<i>Principe, 99 • La stratégie du point d'interrogation, 100</i>	
Bibliographie	102
17 Créativité en relation	103
Créer, innover	103
<i>Détourner l'existant, 103 • L'écoute du patient et de la situation, 105</i>	
Empathie et intuition	106
<i>Un lien viscéral à l'autre, 106 • D'où vient l'intuition ?, 107</i>	
Bibliographie	109
 <u>CINQUIÈME PARTIE</u> 	
APPORT DES NEUROSCIENCES	
18 Imagerie de l'hypnose	112
Imagerie de l'hypnose	112
<i>Synthèse des recherches, 112 • Le pouvoir de l'imaginaire, 113</i>	
Exemple dans la douleur	115
<i>Méthode, 115 • Hypnose et douleur, 115</i>	
Bibliographie	117
19 Attention et espaces de travail conscient et non conscient	118
Caractéristiques neurophysiologiques	119
<i>Attention, 119 • Attention et accès à la conscience, 120</i>	
<i>Global neural workplace</i>	121
Bibliographie	122

20	<i>Resting State</i> ou <i>Default Network</i>	123
	Le paradoxe de « ne rien faire »	123
	<i>Descriptif du resting state, 123 • Fonctionnement du repos, 125</i>	
	Hypnose et <i>resting state</i>	125
	Bibliographie	127
21	Les récits en hypnose	128
	Dire ce que l'on vit	128
	<i>Récit ou vécu hypnotique ?, 128 • Les faux souvenirs, 129</i>	
	La suggestion, jusqu'où ?	130
	<i>L'influence des suggestions, 130 • Perspectives du travail avec la mémoire, 131</i>	
	Bibliographie	132

SIXIÈME PARTIE

LES DYNAMIQUES RELATIONNELLES

22	Transfert	134
	Principes	134
	<i>Le concept, 134 • Transfert narcissique, 135 • La question du contre-transfert, 136</i>	
	Transfert et hypnose	136
	<i>Transfert hypnotique ?, 136 • Utilisation du transfert selon les approches, 137</i>	
	Bibliographie	138
23	Relation centrée sur le patient	139
	Une éthique humaine	139
	<i>L'éthique déontologique, 139 • Le cadre thérapeutique, 141</i>	
	S'accorder à l'autre	142
	<i>L'acceptation de l'autre, 142 • La relation empathique, 143</i>	
	Bibliographie	145
24	S'ajuster à l'autre	146
	Les techniques d'ajustement	146
	<i>L'observateur intéressé, 146 • Observation et ajustement, 147</i>	

Le VAKOG	147
<i>Principe, 147 • Un langage adapté, 149</i>	
Bibliographie	150
25 Influence	151
Influences	151
<i>Communiquer c'est influencer, 151 • La mémoire est influencée, 152</i>	
Hypnose et influence	153
<i>Les suggestions, 153 • Les croyances, 154 • Efficacité symbolique, 154</i>	
Bibliographie	155
26 Le travail thérapeutique, une adéquation relationnelle	156
Une thérapie pensée pour le patient	156
<i>L'alliance thérapeutique, 156 • La fonction alpha du thérapeute, 157</i>	
Facteurs d'ajustement au patient	158
<i>L'accordage psychocorporel, 158 • L'empathie, 159 • La capacité de rêverie, 159</i>	
Bibliographie	160

 SEPTIÈME PARTIE

DÉMARCHE GÉNÉRALE EN HYPNOTHÉRAPIE

27 L'expérience hypnotique	162
Retrouver de la fluidité	162
<i>L'attention restreinte sur un symptôme, 162 • L'hypnose pour passer de la rigidité à la souplesse, 163</i>	
Mettre en mouvement	165
<i>L'hypnose, un nouvel apprentissage, 165 • Se remettre en mouvement avec l'autohypnose, 166</i>	
Bibliographie	167
28 Travail autour de la sensorialité	168
Percevoir et ressentir	168
<i>La perception globale : percevoir une chose et son contraire, 168</i>	

Travailler avec les 5 sens	170
<i>L'hypnose, une pratique sensorielle, 170 • L'hypnose, une communication de tous les sens entre eux, 171</i>	
Bibliographie	172
29 Le travail avec les émotions	173
Éléments facilitants et bloquants	173
<i>Les émotions, des ennemis qui nous handicapent ou des alliées pour le changement ?, 173 • Traverser les émotions et revenir à un sentiment de sécurité intérieure, 175</i>	
La colère	176
Bibliographie	178
30 L'autohypnose	179
Principe	179
<i>Une hypnose commune, 179 • Des autohypnoses, 180</i>	
Illustrations	181
<i>Une quête de l'autonomie, 181 • Expérience personnelle : la marche sur le feu, 182</i>	
Bibliographie	183
31 Travailler avec la partie saine	184
Une position de principe	184
<i>Mise en valeur et utilisation des ressources du patient, 184 • Intérêt de la « safe place », 187</i>	
Bibliographie	189

 HUITIÈME PARTIE

 TROUBLES DISSOCIATIFS ET DE L'ATTENTION

32 Personnalités <i>borderline</i>	192
Principes généraux de la psychothérapie des personnalités <i>borderline</i>	193
<i>Les patients borderline entre la psychologie et la postmodernité, 193 • Caractéristiques psychodynamiques, 194</i>	
Pratiques psychothérapeutiques	194
Bibliographie	197

33	Syndrome de stress post-traumatique	198
	Critères	198
	<i>Repères, 198 • Quand intervenir ?, 199</i>	
	Deux pratiques centrales	200
	<i>La double dissociation, 200 • Le travail avec les 5 sens, 201</i>	
	Bibliographie	203
34	Grand âge et dégradation cognitive	204
	Les particularités du grand âge	204
	<i>Une temporalité différente, 204 • La dissociation : une façon d'être, 205 • Le lien mémoire-identité, 205</i>	
	L'hypnothérapie, activateur de mémoire pour alimenter le « vivant »	206
	<i>Le souvenir au service de l'être, 206 • Hier pour réinvestir aujourd'hui et demain, 206 • Troubles cognitifs : et quand hier s'effiloche ?, 207</i>	
	Bibliographie	208
35	Hyperactivité avec trouble de l'attention	209
	Une pratique	209
	<i>Accueillir, 209 • Intervenir, 210</i>	
	Le(s) parent(s)	212
	Bibliographie	214

 NEUVIÈME PARTIE

PATHOLOGIES SOMATIQUES CHRONIQUES

36	Syndrome douloureux chronique	216
	La douleur et son expression	216
	<i>Le percept douloureux, 216 • L'expérience de la douleur, 218</i>	
	Accompagner la douleur chronique	220
	<i>Gérer autrement, 220 • Éléments de comorbidité, 220</i>	
	Bibliographie	222
37	Accompagnement des personnes atteintes de cancer	223
	L'incertitude	223
	<i>Un sentiment ravageur, 223 • Le rapport au temps, à la causalité, 224 • Le rapport à ses symptômes, 225</i>	

De multiples confrontations	226
<i>Les relations aux autres, 226 • Se préparer aux examens médicaux, 226</i>	
Bibliographie	227
38 Dimension psychosomatique : exemple de la dermatologie	228
Portes d'entrée sur le domaine psychosomatique permises par l'hypnose	228
<i>Pathologies « stress-dépendantes », 228 • L'amélioration d'un symptôme et/ou d'un comportement particulier, 230</i>	
Psychodynamique et expérience hypnotique	231
<i>Travail psychodynamique d'une problématique sous-jacente, 231 • « L'expérience hypnotique », 232</i>	
Bibliographie	233
39 Le handicap	234
Une variété de situations	234
Travail avec l'hypnose	236
<i>La palette sensorielle, 236 • Le psychique et l'intellectuel, 237</i>	
Bibliographie	239

 DIXIÈME PARTIE

TROUBLE DE LA DÉPENDANCE

40 Dépendance affective	242
La dépendance, ses symptômes	242
Intervenir	243
<i>Intégrer l'amour des autres, 243 • Se protéger, 244 • Se sentir bien avec soi-même, 245 • Installer des interrupteurs lors des crises, 245</i>	
Bibliographie	246
41 La cigarette : principe général	247
Des dépendances	247
<i>Dépendance comportementale, 247 • Dépendance d'habitude, 249</i>	
Principaux outils	250
<i>Principe général, 250 • La régression dans le temps, 251 • Technique corporelle active, 251 • Technique de respiration consciente, intérêt, 251</i>	
Bibliographie	253

42	Première séance et première hypnose en sevrage tabagique	254
	La première consultation	254
	<i>Le premier rendez-vous, 254 • Une évaluation globale, 255</i>	
	La première séance d'hypnose	256
	<i>Ouvrir le champ des possibles, 256 • Le travail de suggestion, 256</i>	
	Bibliographie	259
43	La toxicomanie	260
	L'ambivalence	260
	<i>« Je veux arrêter et je ne peux pas », 260 • La relation aux autres, 261 • La recherche de sensations, 262</i>	
	Les obstacles	263
	<i>Le jugement, 263 • Le changement, 263</i>	
	Bibliographie	265
44	L'alcoolisme	266
	La spécificité de l'alcool	266
	<i>Le moi liquide et noyé, 266 • La honte, 267</i>	
	Quelle prise en charge ?	268
	<i>La motivation à l'arrêt d'alcool, 268 • L'étayage, 268 • L'hypnose qui solidifie, 269</i>	
	Bibliographie	271
45	Anorexie et boulimie	272
	Définir	272
	<i>Deux troubles, 272 • Image du corps et sensorialité, 273</i>	
	Prendre en charge	274
	<i>Une pathologie de la dissociation, 274 • La prise en charge, 275</i>	
	Bibliographie	277

 ONZIÈME PARTIE

TROUBLES IDENTITAIRES

46	Affirmation de soi et confiance en soi	280
	L'estime de soi	280
	<i>Description, 280 • Mieux s'aimer, 281</i>	

La confiance en soi	282
<i>Description, 282 • Oser agir, 282</i>	
L'affirmation de soi	283
<i>Description, 283 • S'affirmer avec les autres, 283</i>	
Bibliographie	285
47 Burn out	286
L'épuisement professionnel	286
<i>La consultation, 286 • Intervenir, 287 • Accompagner, 288</i>	
Deux dimensions	289
<i>Apprendre à sentir les signes de stress, 289 • Être son meilleur ami, 289</i>	
Bibliographie	290
48 Stress et anxiété	291
Définitions	291
<i>Le stress, 291 • L'anxiété, 292 • Fébrilité et instabilité, 293</i>	
Formes de travail	293
<i>L'approche cognitive et comportementale, 293 • Le style hypnotique, 294 • La transe hypnotique, 295</i>	
Bibliographie	299
49 Phobie	300
L'attaque de panique	300
<i>Deux axes, 300 • Avantages de l'évitement, 301</i>	
Les modalités thérapeutiques	301
<i>Une explication psychopédagogique, 301 • Un lieu de sécurité, 302 • Transformer les sensations, 303</i>	
Bibliographie	304

DOUZIÈME PARTIE

LA SEXUALITÉ, LA FAMILLE

50 Féminité	306
Le féminin	306
<i>Le corps féminin, 306 • Imaginaire érotique et féminité, 307 • Une symbolique utile en hypnosexologie, 308</i>	

Les pistes thérapeutiques	309
<i>Un état de conscience « révélateur », 309 • Les aléas de la construction de la sexualité féminine et les réponses hypnotiques, 309 • Apprivoiser la féminité..., 310</i>	
Bibliographie	312
51 Masculinité	313
Être un homme est-il être un mâle ?	313
<i>Verge, pénis, phallus !!!, 313 • Éloigner les cognitions négatives, 315 • Le corps masculin et sa découverte par l'hypnose : accepter sa sensualité globale, 315</i>	
Se réconcilier avec son sexe	316
<i>Aller au-delà du besoin..., 316 • Vaincre la performance !, 317 • Apaiser les peurs, 317</i>	
Bibliographie	318
52 Sexothérapie	319
Une bonne santé sexuelle	319
<i>Représentations et troubles sexuels, 319 • Savoir ne suffit pas..., 320 • Une éjaculation trop rapide, 320</i>	
Une erreur sémantique	321
<i>Un manque de libido, 321 • Des différences importantes, 322 • Une absence de pathologie, 323</i>	
Bibliographie	324
53 Liens familiaux	325
La famille	325
<i>Les pathologies familiales, 327</i>	
le transgénérationnel	328
<i>Intervenir en trouvant sa place, 328 • Rendre à chacun son poids, 328</i>	
Bibliographie	330

TREIZIÈME PARTIE

LA PERTE DU LIEN

54	Le deuil	332
	La perte	332
	<i>Une question d'investissements, 332 • Exemple de la dépression, 333</i>	
	Perte de soi, perte de l'autre	334
	<i>Le patient palliatif, 334 • Deuils compliqués, 335</i>	
	Bibliographie	336
55	La dépression	337
	L'hypnose : état ou jeu de rôle ?	337
	<i>Une vieille controverse, 337 • Un problème de sémantique, 338</i>	
	La dépression : maladie ou rôle ?	339
	<i>Le mythe de la maladie mentale, 339 • La dépression comme rôle, 339 • La grève, 340 • La bouderie, 341 • Le mémorial de la souffrance, 342</i>	
	Bibliographie	343
56	Troubles du comportement	344
	Formes du trouble	344
	<i>Détecter un trouble sous-jacent, 344 • L'enfant tyran, 345</i>	
	Axes thérapeutiques	347
	Bibliographie	348
57	Attachement et hypnose	349
	Attachement et clinique	350
	<i>Types d'attachement, 350 • Clinique, 351 • Découvrir l'émotion au présent, 351</i>	
	L'hypnose vers un attachement sûr	352
	<i>Les étapes dans la transe, 352</i>	
	Bibliographie	354
	<i>Conclusion</i>	355
	<i>Index des exercices et exemples clefs</i>	357

Liste des auteurs

ANTOINE BIOY, professeur de psychologie clinique et psychopathologie, laboratoire de psychopathologie et de psychologie médicale, Université de Bourgogne. Docteur en psychologie clinique attaché au CHU Bicêtre-APHP. Expert scientifique de l'Institut Français d'Hypnose. Responsable du DU d'« Hypnothérapie », Université de Bourgogne, coordinateur du DU « Hypnose clinique et médicale », Université de la Réunion, co-responsable du DU d'« Hypnose en anesthésie », Université de Paris Sud. Également responsable du DIU de « Douleur, psychologie et psychopathologie de la douleur » et co-responsable du DU « Psychothérapies et psychopathologie » (Université de Bourgogne).

ISABELLE CELESTIN-LHOPITEAU, directrice de l'Institut Français des Pratiques PsychoCorporelles, centre CAMKeys, centre de formations pour professionnels de la santé aux pratiques psychocorporelles. Coordinatrice du DU « Hypnose et Anesthésie », co-responsable du DU « Hypnose clinique et médicale » ainsi que du DU des « Pratiques psychocorporelles », faculté de médecine, Paris XI. Psychologue et psychothérapeute au centre d'étude et de traitement de la douleur de l'hôpital du Kremlin-Bicêtre, présidente de l'association « Thérapies d'Ici et d'Ailleurs », auteur de *l'Aide-mémoire d'hypnoanalgésie*, Dunod, 2014 et de *Changer par la thérapie*, Dunod, 2011.

BERNADETTE AUDRAIN-SERVILLAT, psychothérapeute au Centre Interdisciplinaire de Thérapie Intégrative (Nantes), intervenante au Réseau Diabète 44 et au CHU de Nantes.

SOPHIE COHEN, psychologue en exercice libéral (Châtillon). Travaille en relation avec le réseau « Lutter contre la douleur » de l'hôpital Saint

Antoine (Paris), en relation avec un réseau de soins cancer et soins palliatifs. Intervenante au sein du DU d'hypnothérapie de l'Université de Bourgogne.

STEFANO COLOMBO, psychologue et médecin psychiatre en libéral (Genève). Ancien premier chef de clinique et consultant en psychiatrie de liaison auprès des Hôpitaux universitaires de Genève. Enseignant et superviseur en hypnose médicale à la SMSH (Société Médicale Suisse d'Hypnose) et à la Shyps (Société d'Hypnose Clinique Suisse).

PATRICE CUDICIO, médecin sexologue et hypnothérapeute (Paris). Directeur, chargé de cours au DIU de « Sexologie » du Grand Ouest. Ancien attaché au CHU de Rennes.

MARION DELMAS, psychologue clinicienne au CHU Bichat-Claude Bernard, service d'addictologie (Paris).

CÉCILE FIX, psychothérapeute en libéral (Paris).

PIERRE-HENRI GARNIER, psychologue clinicien et Docteur en sciences de l'information et la communication au Centre Interdisciplinaire de Thérapie Intégrative et au CHU de Nantes. Chargé de cours à l'Université de Nantes.

MIREILLE GUILLOU, psychologue clinicienne au Centre de Rééducation Florentin (Nancy).

ANNA HAMLAT, psychologue clinicienne en libéral (Colmar).

ÉLISE LELARGE, psychiatre, psychothérapeute au Centre Interdisciplinaire de Thérapie Intégrative à Nantes, formatrice à l'institut Milton H. Erickson de Rezé. Ancienne assistante des hôpitaux de Nantes.

BRIGITTE LUTZ, psychiatre en libéral (Paris). Praticien attaché au Centre d'Étude et de Traitement de la Douleur du CHU Saint-Antoine – APHP, responsable médicale de l'Institut Français d'Hypnose.

THIERRY MELCHIOR, psychologue en libéral (Bruxelles).

ADRIEN MÉNARD, psychologue clinicien en libéral (Poissy), consultant en entreprise et instructeur en *Mindfulness*.

JOËLLE MIGNOT, psychologue et sexologue clinicienne (Paris). Directrice du DIU de « Sexologie et de Sexualité humaine », Faculté de Médecine de Paris 13, Bobigny. Co-directrice du DU « Education et Conseil en

Santé Sexuelle et Droits humains », Université Paris 7-Diderot. Membre du Comité Stratégique de la Chaire de Santé Sexuelle et Droits Humains de l'Unesco. Rédactrice en chef de la revue *Sexualités humaines*.

SYLVIA MORAR, neurochirurgien, responsable du Centre de Référence pour la Syringomyélie du CHU Bicêtre-APHP (Le Kremlin-Bicêtre).

JULIE MORVAN, psychologue clinicienne en libéral (L'isle Adam). Responsable pédagogique de l'Institut Français d'Hypnose.

ÉLODIE MUSIAT, psychologue clinicienne en libéral (Niort).

OLEG POLIAKOW, psychologue en libéral. Ancien chargé de cours à l'Université de Paris Ouest-Nanterre.

THIERRY SAGE, dermatologue et docteur en psychologie clinique, CHU du Bocage et au cabinet du Rond-Point (Dijon).

THIERRY SERVILLAT, psychiatre au Centre Interdisciplinaire de Thérapie Intégrative, responsable de l'Institut Milton Erickson du Rezé (Nantes). Rédacteur en chef de la revue *Hypnose & Thérapies brèves*. Ancien Chef de Clinique de l'université de Nantes ; ancien assistant des Hôpitaux de Nantes.

PAUL SIDOUN, psychiatre en libéral (Paris). Ancien professeur au département de psychiatrie de l'université de Montréal.

FRANÇOIS THIOLY, psychiatre en libéral et à l'unité d'hypnothérapie de l'Institut Paul Sivadon (Paris).

CHANTAL WOOD, pédiatre et anesthésiste réanimateur, médecin de la douleur au Centre d'étude et de traitement de la douleur du CHU de Limoges.

Introduction

Antoine Bioy

L'*AIDE-MÉMOIRE d'hypnothérapie* est avant tout une aventure collective. Les intervenants du cycle « Hypnothérapie » de l'Institut Français d'Hypnose réunis autour de moi-même, Antoine Bioy (expert scientifique IFH), et d'Isabelle Célestin-Lhopiteau (alors directrice de l'IFH) ont participé à cet ouvrage pour proposer un éclairage autour de différents concepts et situations cliniques qui se posent le plus communément dans leur pratique. Le lecteur pourra juger que ces thèmes cliniques forment une sorte de « noyau de pratiques » où chacun peut puiser des éléments qui lui seront utiles dans son propre exercice.

Bien sûr, aucun ouvrage et y compris celui-ci ne peut être totalement exhaustif, mais il vient enrichir et compléter d'autres titres parus dont deux autres de cette même collection : *L'aide-mémoire d'hypnose* et *L'aide-mémoire d'hypnoalgésie*. Néanmoins, la pluralité des thèmes abordés est déjà en soi une promesse pour que le lecteur puisse trouver ici matière à réflexion sur des dimensions importantes et centrales de son exercice clinique.

La pratique de l'hypnothérapie s'est constituée avec le temps, et cherche d'ailleurs toujours à stabiliser tous ses repères. On pourrait dire que nous sommes actuellement à la troisième vague de l'hypnothérapie. La première correspondant à l'hypnose dite classique, c'est-à-dire dirigiste, assimilant le phénomène à une forme de sommeil thérapeutique, et qui a permis de mettre à jour des phénomènes d'importance comme le travail de l'imaginaire, ou encore la dynamique des suggestions. La seconde vague a correspondu au déploiement de l'hypnose ericksonienne, qui a souligné l'importance des processus communicationnels et d'accordage relationnel, tout en conceptualisant plus avant la transe et sa place dans l'approche thérapeutique.

Nous sommes actuellement dans la construction de la troisième vague en hypnothérapie, apparue globalement à l'aube du XXI^e siècle. L'accent est mis sur les processus dynamiques du changement, le mouvement et les approches analogiques, l'importance du travail autour des perceptions. Une mise en lien plus importante se dessine aussi avec d'autres pratiques cousines comme les médecines utilisant les états de transe, la méditation, certaines formes d'art-thérapie, etc. Ce qui se dessine est une perspective intégrative dont l'objet ne serait certainement pas de gommer les singularités de chaque approche, mais plutôt de mettre en exergue les invariants qu'elles mobilisent, afin d'améliorer les prises en soin et pratiques auprès de l'humain.

L'hypnothérapie ainsi en évolution continue au fil des ans à poser des questions essentielles pour comprendre comment fonctionnent les thérapies et finalement ce qui constitue les clefs du changement. Ces questions sont connues ; elles n'en sont pas pour autant moins intrigantes : comment s'organise une présence thérapeutique en interrelation ? Comment comprendre le dialogue du corps et de l'esprit ? En quoi les trances viennent-elles favoriser la dynamique d'évolution chez une personne ?...

Cet ouvrage a donc été construit avec l'objectif d'apporter quelques éclairages au praticien pour avancer différemment ou plus avant avec ses patients, tout en proposant des éléments de réflexion autour de situations présentées. Dans cette entreprise, chaque auteur a été libre de l'angle qu'il souhaitait donner à son thème, au regard de son expérience. Il en découle une certaine richesse de vues et de pratiques exposées. Pour parrainer ce travail, nous avons sollicité un collègue et praticien d'expérience et de renom : Gaston Brosseau. Nous le remercions chaleureusement d'avoir accepté, et la lecture de sa préface constituera une première expérience enrichissante à parcourir pour le lecteur.

Bonne lecture à tous !

Première partie

Ce que l'histoire nous apprend sur l'hypnothérapie

1	Suggestibilité	4
2	Un état de conscience modifiée	10
3	La relation	15
4	Psychopathologie et <i>role playing</i>	21
5	Psychosomatique et effet placebo	26

1

SUGGESTIBILITÉ

Antoine Bioy

TOUT LE MONDE est-il hypnotisable ? Cette question est récurrente dans l'histoire de l'hypnose, et d'importance en pratique hypnothérapeutique. En effet, elle va en grande partie influencer la façon dont un praticien va proposer puis mener une séance d'hypnose.

Universalité d'un phénomène _____

◆ Évolution historique

L'hypnose a d'abord été comprise comme un don, un pouvoir, qu'il était cependant possible d'acquérir. Dans ce contexte, étaient considérées comme suggestibles les personnes faibles d'esprit, à qui le praticien de l'hypnose pouvait imposer sa volonté.

À la fin du XIX^e siècle et au courant du XX^e siècle, l'hypnose a été l'objet de recherches scientifiques. Ceci a permis de reposer la question de ce

qu'était la suggestibilité. Également, une distinction entre suggestibilité et hypnotisabilité a été faite : la première désignant évidemment la façon dont une suggestion était entendue et agit (Bernheim, 1916) et la seconde désignant la capacité d'un individu à entrer en hypnose, y compris en dehors de suggestions intentionnellement formulées.

Courant XX^e siècle, la suggestibilité a été considérée en psychologie comme un trait de personnalité, autrement dit une aptitude naturelle et constitutive d'un individu, dont le niveau, cependant, peut être variable d'une personne à l'autre. Actuellement, des études formulent l'hypothèse qu'il existerait une base neurophysiologique à la suggestibilité, et à la facilité à être hypnotisé (Hoeft *et al*, 2012).

◆ Différences interindividuelles ?

Qu'est-ce qui fait varier la suggestibilité et l'hypnotisabilité (les deux étant souvent confondues dans les études comme nous le verrons) ? Le sexe des personnes n'a pas d'incidence, ni la différence sexuelle H/F, F/F ou H/H entre le professionnel et son patient. Également, le profil de personnalité général ne semble pas en cause (que l'on soit dans le cas de figure d'un profil équilibré, ou que la personne souffre d'un trouble psychopathologique).

Finalement, la seule variabilité observée est liée à l'âge. Globalement, les aptitudes à la suggestibilité et à hypnotisabilité d'un enfant sont excellentes, maximales entre environ 8 et 12 ans, avant de décroître peu à peu jusqu'à 40 ans, puis la décroissance est particulièrement marquée. La raison en est certainement que les enfants possèdent une facilité importante à naviguer entre réel et imaginaire et par ailleurs la pratique de l'hypnose possède une dimension ludique qu'ils apprécient particulièrement. Enfin, ils ont une grande habitude de recevoir des suggestions de la part des adultes, y compris des suggestions très appuyées telles que « range ta chambre » ! La fluidité entre réel et imaginaire est un peu moins simple à susciter à l'âge adulte, et demande un accompagnement un peu plus important.

À noter que Joséphine Hilgard a fait la remarque que les patients « voyageurs » étaient plus facilement suggestibles, hypnotisables, que les autres. Il s'agit précisément des

☞ patients qui conservent une aptitude à facilement partir dans leur imaginaire, à avoir leur attention facilement absorbée par une tâche interne, et pour les enfants à être « dans la lune ».

◆ Mesures en recherche et clinique

Dès les premiers travaux, à la fin du XVIII^e siècle, pour comprendre le phénomène hypnotique, des échelles ont été mises en place pour mesurer la possibilité et les effets du phénomène. Celles qui sont toujours utilisées sont cependant plus récentes puisque les plus connues (*Stanford Hypnotic Susceptibility Scales* de Weitzenhoffer et Hilgard) ont été validées dès la fin des années 1950¹.

D'autres vont suivre, également utilisées en recherche. Citons notamment la très utilisée *Carleton University Responsiveness to Suggestions Scale* de Spanos (1983) ou encore la *Creative Imagination Scale* de Barber et Wilson (1978). D'autres sont parentes, comme la *Tellegen Absorption Scale* (1974) ou encore la *Dissociative Experiences Scale* (1986).

Mais il faut avouer qu'hors recherche, ces échelles ne sont pas vraiment utiles, même si elles peuvent être intéressantes à connaître. En effet, l'intérêt clinique n'est pas tellement de savoir si « de base » un patient est susceptible d'être hypnotisé facilement, mais ce qu'il va faire des suggestions proposées ; d'accompagner la façon dont il va agir les propositions formulées.

Hypnotisabilité et suggestibilité

L'hypnose n'est pas la suggestion, même si la suggestion est l'un des ingrédients de l'hypnose. Pourtant, les échelles d'hypnotisabilité les plus courantes sont en fait des échelles de suggestibilité car cette dimension est la plus simple à saisir dans le phénomène hypnotique. Pour plus de facilité donc, on assimile suggestion et hypnose dans les recherches. Aussi, lorsque l'on conclut parfois en recherche ☞

1. Ces échelles ont été traduites en français par Didier Michaux, après avoir travaillé avec les intéressés, alors que directeur de recherche au CNRS il les utilisait pour ses propres recherches et celles en commun avec Léon Chetok. L'Institut Français d'Hypnose qu'il a créé propose tous les ans une formation à leur usage, gratuite pour les personnes en formation dans cet institut.